

29-55



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

ALGUNAS ALTERNATIVAS PARA EL TRATAMIENTO EMOCIONAL DEL PACIENTE CON CANCER.

TESINA

Que para obtener el Título de LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta

PATRICIA MARIA DE FATIMA GARCIA DOUNCE



Asesor: LIC. ELISA SAAD

TESIS CON PALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ALGUNAS ALTERNATIVAS PARA EL TRATAMIENTO EMOCIONAL DEL PACIENTE
CON CANCER

CAPITULO		PAGINA
	INTRODUCCION	1
I	DIMENSIONES BAJO LAS CUALES SE ABORDA EL CANCER	3
1.1	Dimensión Cultural	4
1.2	Dimensión Médica	5
1.3	Dimensión Familiar	9
II	FACTORES DE PERSONALIDAD Y EMOCIONALES QUE PRODUCEN TENSION, Y SU RELACION CON EL DESARROLLO DEL CANCER	13
III	ALTERNATIVAS	20
1	METODOS MEDICOS ORTODOXOS	21
1.1	Método Quirúrgico	21
1.2	Método Quimioterapéutico	22
1.3	Método Radioterapéutico	23
1.4	Método Preventivo	24
2	METODOS PSICOLOGICOS	27
2.1	Método de la Dra. Kübler Ross	27
2.2	Terapia Ocupacional	29
2.3	Logoterapia	31
2.4	Terapia de Grupo	32
2.5	Técnicas Psiquiátricas	36
2.6	Terapia con Orientación Psicoanalítica	39
2.7	Asistencia Conductual	42

IV	CONCLUSIONES	46
V	BIBLIOGRAFIA	51
	DEFINICIONES DE TERMINOS.	55

INTRODUCCION

Las actuales condiciones de vida y laborales son generadoras de tensión, la cual se ha relacionado con enfermedades y somatizaciones crónicas, entre ellas el cáncer, por lo que cobra importancia el estudio de factores de personalidad y emocionales en el caso del estudio de pacientes con cáncer.

En el trato que se brinda a dichos pacientes, durante su tratamiento, básicamente se sigue solo el modelo médico y casi no se toman en cuenta factores de personalidad, culturales y familiares que están presentes en el paciente como individuo. Creemos que otra limitante en el modelo médico del paciente con cáncer es que solo lo consideran paciente crónico terminal.

Dada la anterior situación, se consideró que es de vital importancia tratar al paciente de manera integral, brindándole la ayuda médica junto con apoyos emocionales para él y su familia, ya que así vivirá con la mayor calidad de vida posible y dignidad el transcurso de su enfermedad o bien sobre vida.

En el presente trabajo se mencionan las alternativas más comunes que desde el punto de vista ortodoxo se brindan al paciente con cáncer, siendo éstas el Método Quirúrgico, el Método Quimioterapéutico, el Método Radioterapéutico y el Método Preventivo.

Los métodos psicológicos que se analizaron fueron el Método de la Dra. Kübler-Ross, a quien le corresponde el reconocimiento de haber despertado el interés profesional para atender las demandas de éste tipo de pacientes, al establecer un seminario en la Universidad de Chicago. Posteriormente se analizó la Terapia Ocupacional, la cual puede constituir una herramienta de valor, si se emplea dentro de un marco psicoterapéutico más profundo.

Más adelante se analizó la Logoterapia desarrollada por Viktor Frankl, el cual concibe el dolor emocional como una angustia existencial o sentimiento de vacío ante la pérdida del sentido de la propia vida.

Se consideró posteriormente literatura sobre Terapias de Grupo, donde se vió que el relacionarse con personas que comparten la misma enfermedad, contribuye a disminuir los sentimientos de soledad y abandono y que el grupo funciona también como un apoyo en el que los pacientes pueden discutir todas las preocupaciones comunes a los miembros de dicho grupo.

También se consideró literatura referente a Técnicas Psiquiátricas aplicadas a pacientes con cáncer. Después se revisó el modelo Psicoanalítico Ortodoxo, donde se observa que se puede utilizar la transferencia y la catarsis.

Por último, en la información correspondiente a la Asistencia Conductual, observamos que se puede medir actividad, relacionada con estados humorales; la ventaja que nos brinda este tipo de asistencia es el registro de diferentes actividades de manera objetiva más que narrativa por parte de los pacientes y del personal médico y paramédico involucrado.

I DIMENSIONES BAJO LAS CUALES SE ABORDA EL CANCER

1.1 DIMENSION CULTURAL

La historia del hombre, es la historia de su adaptación a los diferentes ambientes. Tal adaptación se relaciona con las modificaciones a través de las cuales él, como cualquier otro organismo viviente, supera obstáculos naturales y artificiales.

Tal adaptación sucede esencialmente en tres formas: a través de la selección del genotipo, mediante modificaciones ontogenéticas y a través de la respuesta física y de comportamiento a las influencias medioambientales.

¿Con qué fin se produce ésta adaptación cuyos patrones de comportamiento nos rigen hoy en día?, ¿Qué finalidad tiene para la humanidad el estado de continua tensión Psíquica, la exagerada competitividad y el consumismo, la afanosa persecución de metas a menudo inaccesibles y fútiles?.

La falta de adaptación conduce a diversas situaciones conflictivas que a la larga son factores desencadenantes de numerosas enfermedades relacionadas con la tensión tales como la úlcera gástrica, úlcera duodenal, la hipertensión arterial, las cardiopatías coronarias y, como lo han demostrado las investigaciones de Worden y Sobel (1978), Bracken, Wallace, Le Maistre, Hickey y Samaan (1979) entre otros, las neurosis y el cáncer.

La conmoción que produce la sola palabra cáncer, para el que se le diagnostica y su familia, genera una carga emocional terrible, angustiante, por lo que cobra importancia analizar los factores ambientales y familiares que están interactuando cuando una persona es diagnosticada con tal enfermedad, y a lo largo de la evolución física y psicológica del proceso de dicha enfermedad.

El proceso del enfermo empieza con cambios que siente en su cuerpo y que no puede aparentemente explicar, y continúa con que su familia lo considera o el mismo se siente "enfermo". Según investigaciones realizadas por Kleinman, Eisemberg y Good (1979), el paciente y su familia, ante el malestar físico consultan a autoridades profesionales, las cuales brindan un apoyo respondiendo a la sintomatología presentada por el paciente, lo cual no resuelve su problemática de manera integral.

Al contrario de golpe se enfrenta al diagnóstico de la tan temida palabra cáncer, la cual representa una enfermedad que se sabe que existe desde que existe la medicina y hasta hoy todavía es asociada con muerte, mutilación y separación de familiares, personas importantes en la vida del paciente, así como de sus actividades laborales y recreativas. Paralelamente, el paciente tiene que enfrentar los altos costos del tratamiento, el shock que le produce al igual que a su familia el diagnóstico, un cambio dramático en su situación laboral o escolar y el cuidado médico.

El cáncer es un problema grave y polifacético que abarca el ámbito de la Biología, la Medicina, la Química y afecta a toda la sociedad humana.

Kleinman, Eisemberg y Good (1979), nos señalan que a pesar de que la técnica biomédica reporta grandes avances a través de diferentes investigaciones, todavía no hay conocimientos que arrojen datos específicos sobre el origen de la enfermedad.

1.2 DIMENSION MEDICA

El cáncer desde el punto de vista médico, puede ser definido como un grupo de enfermedades que comparten la característica común de un crecimiento celular sin restricciones en relación con el crecimiento de las células normales de los tejidos vecinos. Un tumor canceroso comienza con una célula que contiene información incorrecta y esto puede ser genético o porque ha sido expuesta a sustancias químicas dañinas, o espuesta a sustancias tóxicas medio-ambientales o simplemente porque en el proceso de la constante reproducción de millones de células, el cuerpo puede ocasionalmente producir otras células con la misma información incorrecta y ese conjunto de células formarán una masa tumoral o un tumor de células cancerosas.

Se admite la hipótesis de que los tumores son tejidos producidos por multiplicación de sus propias células "que parasitan y destruyen el organismo" y que se originan de un proceso evolutivo (González Rocha, 1978).

La aparición del cáncer es un proceso de transformación de células en la que participan los ácidos nucleicos: el Ribonucleico o RNA y el Desoxirribonucleico o DNA.

Von Eschenbach y Swanson (1979), nos mencionan que normalmente el sistema inmunológico reconoce las células imperfectas y las destruye, pero hay ocasiones en que las células cancerosas tienen mayor fuerza para diseminarse por todo el cuerpo y se forma una tumoración. Dicho tumor comienza a bloquear funciones propias de los órganos de cuerpo.

Los doctores Samuels, Trindade y Logothetis (1979), nos mencionan que en formas severas de cáncer, las células malignas se dividen de la masa original y se transforman a otras partes del cuerpo donde se alojan y comienzan a reproducirse y forman nuevos tumores de células malignas y a ésta nueva tumoración desprendida del tumor primario, se le denomina Metástasis. Esta diseminación de las células generalmente ocurre a través de los ganglios linfáticos o de la sangre. La presentación típica del cáncer es la de un tumor o nódulo en cualquier parte del cuerpo y que aumenta gradualmente de tamaño. Debido a los trastornos que produce ésta tumoración puede haber sangrado por los orificios del cuerpo, dolor recurrente sin explicación, fiebres recurrentes, consistente pérdida de peso corporal, infecciones repetidas que pueden o no responder al tratamiento con antibióticos.

Hasta ahora por diferentes investigaciones realizadas (Fraumeni, 1975.; Bahnson, 1978, entre otros), se sabe que el cáncer es causado por sustancias carcinógenas, por predisposición genética, por radiaciones o por una mala dieta alimentaria. En realidad ninguno de éstos elementos solo es suficiente para explicar por que desarrollan cáncer algunas personas y otras no. Sustancias tales como la anilina, el asbesto, el ingerir bebidas alcohólicas, el tabaco, la sacarina, los colorantes artificiales, las hormonas, el benceno, el arsénico, el níquel, entre otros, forman una combinación que facilita la formación de células cancerosas.

El Dr. Giulio J. D'Angio, Presidente del Departamento de Radioterapia del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center en 1975, expresó que investigaciones de laboratorio utilizando animales, han demostrado que cuando éstos han sido expuestos por largos periodos de tiempo a sustancias tales como el asbesto, el tabaco, los colorantes artificiales, etc., dichas sustancias comienzan a conocerse como

carcinogénicas o agentes productores de cáncer. Esta afirmación apoya el argumento de que la incidencia del cáncer ha visto sus niveles incrementados en las naciones altamente industrializadas; producto de ésta industrialización es la contaminación medio-ambiental a la que está expuesta la gente, por lo que aumenta su exposición ante carcinogénicos y por lo tanto su riesgo de contraer cáncer.

Vernon y Reley (1979), entre otros investigadores, nos señalan que también está la teoría de que hay una predisposición genética que es causa que algunas personas tengan mayor predisposición de producir un gran número de células anormales o que su sistema inmunológico no frene la producción de células anormales.

Se han desarrollado diversos estudios para explicar el cáncer en términos de predisposición genética, haciendo comparaciones de los registros de cáncer en diferentes países, por ejemplo: Samaan y Kanojia (1979), Barber (1980), De Moya (1980), entre otros, reportan que Japón tiene uno de los más altos registros de cáncer de mama en el mundo.

Pareciera que hay una disposición racial o una predisposición genética por parte de las japonesas para el cáncer de mama, pero por estudios realizados con 20 años de seguimiento, por la American Cancer Society se ha observado que hay mujeres de diferentes razas que viven en Estados Unidos y que han sido cuatro veces más susceptibles que aquellas que viven en Japón. Aparentemente las diferencias en estos casos no son raciales o genéticos.

En suma, a través de diversos estudios trans-culturales se observa que la predisposición genética pudo haber pasado de generación en generación. Así mismo se puede observar que el incremento en la incidencia del cáncer en los países altamente industrializados, no es realmente por sí misma una explicación para afirmar el factor genético como conductor del cáncer. Sin embargo, investigadores como Doppman, Goldman y Rosch (1975), entre otros, nos mencionan que los factores genéticos pueden jugar un rol importante junto con la constante tensión con la que se vive actualmente.

Como nos menciona Moss (1979), entre otras de las posibles causas del cáncer es la radiación. Desde hace mucho que se conoce que la radiación produce mutación de las células, lo cual puede producir cáncer.

como Plager (1980), nos menciona, una posibilidad más, sería discutir los flurocarbonos relacionados con los aerosoles que pueden destruir la capa de ozono que cubre la atmósfera, incrementando la exposición a los rayos ultravioletas de la radiación solar, los cuales son asociados con la aparición de melanomas (cáncer de la piel). Papadopoulos (1980), también nos menciona que cabe la posibilidad de discutir los efectos de los rayos x y otras radiaciones usadas en el tratamiento y diagnóstico médico y hay una evidencia que podría ser razonable, por ejemplo, la correlación que se ha observado entre el uso de la radiación para el tratamiento de la artritis y el subsecuente desarrollo de leucemia, pero hay muchos casos de personas que se han visto igualmente expuestos a recibir radiaciones de diferentes tipos y no han desarrollado ningún tipo de cáncer.

Swanson y Samaan (1979), comentan que la dieta alimentaria también es una posible causa del cáncer. Diversas investigaciones sugieren la incidencia del cáncer asociada a la dieta alimentaria. Por ejemplo: en el Japón, donde la dieta predominante está basada en el pescado y arroz, contiene sustancialmente menos grasa que la dieta europea y americana, la incidencia del cáncer es igual que en otros países altamente industrializados y con una dieta alta en grasas.

Los factores culturales, por ejemplo, pueden jugar un rol crítico más que la simple dieta puesto que son una influencia de nuestro modo de vida y nuestras creencias.

Como hemos ido observando, el paradigma biológico del cáncer, desde el punto de vista médico, está basado principalmente, en el proceso anatomofisiológico de los individuos como nos mencionan Kleinman y Eisemberg (1979), no toman en cuenta reacciones personales, inconformidad, procesos de duda en el aspecto familiar, social y cultural y tampoco consideran que el paciente puede retomar ciertas experiencias y tener suficientes fuerzas para enfrentar la enfermedad; dichas explicaciones específicas se dan en torno al nivel social y educacional del paciente. Vemos pues que la conducta "enferma", es una experiencia normativa gobernada por reglas culturales, del mismo modo, las explicaciones de los doctores y sus actividades así como las de los pacientes son culturalmente específicas.

Para los pacientes el problema de la enfermedad es una dificultad en su vida que les ocasiona molestias e incomprendiones de diversa índole. Para los doctores,

es un desorden del organismo, que no tiene relación con desordenes de comportamiento.

1.3 DIMENSION FAMILIAR

Por diferentes estudios médicos efectuados, entre ellos los de la Dra. Kübler-Ross (1975), observamos que los médicos reportan que el tratamiento que prescriben puede curar al enfermo ya que el régimen médico es efectivo desde el punto de vista farmacológico pero los enfermos no sienten que les están atendiendo en sus necesidades. Para muchas enfermedades crónicas, los pacientes reportan una mejoría si el encuentro con el médico fué agradable y en parte esto puede ser explicado por la aclaración del problema (de la enfermedad), que les dé el médico. Por otro lado, ante el shock del diagnóstico, se le trata al paciente ya no como un ser humano, sino como a una persona sin derecho a pensar y a opinar sobre su auto-cuidado, donde a menudo es otro (Médico, padres, esposo, etc.), quien toma la decisión de qué hay que hacer con el paciente, si hay que hospitalizarlo o no, cuándo y donde. Se olvidan que las personas enfermas tienen sentimientos, deseos, preocupaciones y opiniones; tienen derecho a ser escuchados, a que se sepa qué piensan y a expresar sus opiniones y angustias y no a que se les trate como a un objeto.

En estudios efectuados en el Hospital de Massachusetts, con un seguimiento de 1970 a 1980, por Sanders y Kardinal, se observó que cuando el enfermo explica de qué manera entendía su enfermedad al médico y éste a su vez le explicaba en qué consistía dicha enfermedad, el paciente se volvía más cooperativo y no presentaba conductas caóticas. También observaron que cuando se trata solo la enfermedad, el cuidado del paciente puede ser menos satisfactorio y clínicamente menos efectivo que si se tratan ambos de manera conjunta.

Cameron y Pauling (1979), observaron que debido a que los médicos tienden a ocultar a los pacientes lo relevante de su enfermedad y las diferentes versiones de la realidad clínica, es necesaria la enseñanza de apoyos emocionales, ya que tomando en cuenta ambos aspectos (médicos y emocionales), se tendrá una concepción real de la enfermedad en términos que les entiendan, permitiendo preguntas directas de ambas partes, no negando la información que ellos requieran.

De igual manera hay que tomar en cuenta los efectos de las explicaciones entre el paciente y su familia y cuando tengan discrepancias, disipar las dudas hasta que las resuelvan, para que se pueda ayudar emocionalmente al paciente y que la familia coopere con su tratamiento, en este punto es conveniente dar al paciente y a su familia acceso a datos personales, sociales y culturales que les permitan entender la enfermedad. Del mismo modo, desde el comienzo del cuidado médico hay que tener en cuenta la necesidad de consultar también a psicólogos y psiquiatras para dar al paciente un tratamiento integral.

En un estudio realizado por Jenkins y Zyzansky (1978), de la Universidad de Carolina del Norte, encontraron que el poder, el dolor y la muerte se interrelacionan con nociones acerca del riesgo personal de contraer cáncer y la preocupación comunitaria por ésta enfermedad. Esto es una medida de la importancia que la enfermedad tiene en el proceso del individuo y su grupo social. Esto puede ser interpretado como el concepto Socio-Psicológico sobresaliente en la sociedad norteamericana. Es interesante notar que esta "sobresalencia" como un factor separado ocurre únicamente en el caso del cáncer. Así mismo encontraron que hay una relación directamente proporcional entre el grado del miedo mental del individuo y la enfermedad.

Los investigadores citados con anterioridad encontraron que los pacientes de cáncer, temen más a la enfermedad por la denotación de la palabra, que por el conocimiento de la enfermedad en sí. Viéron también que los pacientes piensan acerca del cáncer, que la gente se enfrenta a ésta enfermedad con una concepción mental prejuiciada de temor y una interrogante de aceptación social, familiar y comunitario; del mismo modo asocian el cáncer como una impotencia humana y lo ven como misterioso, imposible de prevenir y frecuentemente terminado en la muerte.

La manera como se enfrenta el cáncer desde el punto de vista cultural y familiar, es difícil de separar, dada la interrelación que hay entre cultura y familia.

En el caso de la familia de un paciente diagnosticado con cáncer el enojo de la familia es más para quien da el mensaje y no por el mensaje en sí, ya que a partir de ese diagnóstico se vuelve más difícil la situación familiar, pues los conflictos se agudizan, no saben como hablar para abordar el tema, caen en un silencio terrible para ambas partes, ya que ahora, menos que antes, no saben

como sacar la ansiedad, no resuelven dudas, por lo que, como mencionamos en unas líneas antes, se agudizan los conflictos familiares.

Ahora la familia siente que vive en el "limbo", por lo que no solo el paciente con cáncer es el enfermo, sino que también en cierto sentido su familia se "enferma". El médico debe tomar en cuenta éstos aspectos psicológicos y culturales y no concentrarse solo en aspectos médico-clínicos. Como mencionaron Memo, Wise y Neidhart (1977), los médicos de los pacientes con cáncer caen en una dinámica en que tienen que controlar su propia tensión, la de sus pacientes y la de los familiares de los pacientes.

De lo anterior desprendemos que es muy importante la relación médico-paciente-familia, ya que de esa confianza que se tenga en el médico y en el tratamiento que se le aplique al paciente, éste entenderá que no está solo en la lucha, ni sin esperanza. Si el médico habla claramente con sus pacientes y familiares, acerca de la magnitud del diagnóstico y por lo tanto del pronóstico (sin que necesariamente trate de igualarlo a la amenaza de muerte) la hará un gran servicio al paciente y se facilitará el camino para todos.

El Dr. Weismann (1979), del Hospital General de Massachusetts director del Proyecto Omega, de la Escuela Médica de Harvard, señala que hay que admitir y dirigir algunos recursos para la dirección psicológica y social para ayudar en sus dificultades a los pacientes con cáncer y sus familiares.

Los parientes de los pacientes con cáncer tienden a desarrollar sentimientos de culpa, espera, tensión y angustia. Por esta mezcla de sentimientos encontrados, es raro que piensen con objetividad acerca de la nueva forma de vida y como enfrentarla, más bien tienden a copiar el comportamiento y vulnerabilidad de familiares que están en igualdad de circunstancias.

El Dr. Weismann, comenta que de familias con pacientes recién diagnosticados con cáncer, solo el 10%, luego de conocer el diagnóstico no necesitan conocer más información.

Al igual que los pacientes con cáncer, su familia pasa por una fase de negación recién conoce el diagnóstico y cuándo hablan del cáncer, se refieren a la enfermedad

y se reservan el nombre del tipo de cáncer, solo hasta que van aceptando y entendiendo la realidad que ahora viven es que pueden hablar libremente, sin tanta traba, del cáncer que padece su familiar.

A la familia le preocupa que su pariente tenga apariencia de enfermo, esto se debe a su propia preocupación y a las presiones sociales de las personas que los rodean, quienes juzgan el estado de salud por la apariencia física y no entienden como evoluciona el proceso de la enfermedad.

Feinst (1980), fundamenta que a la familia le preocupa enormemente el deterioro físico de su paciente, tanto como el mismo cáncer. También encontró que los pacientes que tenían problemas maritales en su familia, eran más vulnerables y la familia vivía la enfermedad como una verdadera catástrofe. Una vez más vemos que el pasado de la relación (los problemas), ensombrecen el futuro familiar.

Weisman (1980), señala también que las familias con nexos profundamente religiosos, tienden a sobrellevar mejor la situación angustiante y son menos vulnerables a caer en fuertes depresiones o crisis familiares tan fuertes y caóticas.

Bahnson Bahnson (1979), señalan que la negación y la represión, son las conductas más frecuentes en los miembros de la familia, cuando se enteran del diagnóstico de su paciente y son los clásicos mecanismos de defensa ante el impacto que provoca el diagnóstico del cáncer.

Wordon y Weisman (1980), nos señalan que han encontrado que los mejores pacientes, los más cooperativos, son aquellos que están adaptados, con buena solución de problemas y mínima angustia, provienen de familias de origen con características similares. Son personas que son optimistas y luchadoras por naturaleza, no es que sean solo optimistas acerca de su tratamiento del cáncer.

**II FACTORES DE PERSONALIDAD Y EMOCIONALES QUE PRODUCEN
TENSION Y SU RELACION CON EL DESARROLLO DEL CANCER**

Como mencionamos con anterioridad , la tensión ha sido asociada con diversas somatizaciones y enfermedades de tipo crónico como en el caso del cáncer.

Sin embargo, debido al grado variable de adaptabilidad y resistencia de cada sujeto sería erróneo pensar que las situaciones conflictivas sean necesariamente las que generan tensión, entendiéndose como tal "el denominador común de la reacción del organismo ante cualquier estímulo interno o externo (ecológico), de una intensidad y duración tales que exigiría mecanismos suplementarios de adaptación y de defensa para mantener su vida o la homeostásis (Timio, 1981).

Por otro lado sería erróneo considerar que la tensión es siempre nociva. Por el contrario, las dificultades surgen cuando un individuo no es capaz de controlar esa tensión, ya sea por su desproporcionada carga de intensidad, ya sea porque el sujeto debe desempeñar un papel para el cual no está preparado y debido a esto la situación de impotencia (y el relativo conflicto) frente a un obstáculo, le crean desorientación ante una situación desfavorable o ante una condición de injusticia y éstos son unos de los elementos de tensión más difundidos por el hombre moderno.

Como el Dr. Benson (1980) menciona, la constitución personal y hereditaria, el carácter, la cultura, la educación, son factores que pueden modular la respuesta a los elementos que generan tensión.

La tensión puede surgir del contacto social en que se vive. Una serie de situaciones productoras de dicha tensión, son creados por el contraste entre el sistema organizativo y la idiosincracia personal, otras situaciones generadoras de tensión pueden ser las siguientes:

- Tensión debida a los rápidos cambios ambientales y tecnológicos que progresan hacia la institucionalización (laboral).
- Tensión producida por el trabajo rutinario.
- Tensión individual producida por modificaciones del papel personal en el ambiente de cierto contexto social y laboral (inicio de una carrera universitaria o laboral, realización de proyectos, éxitos personales).
- Tensión originada por las relaciones con el grupo (exigencias, demandas y conflictos familiares, competitividad en el grupo de trabajo y las exigencias del grupo

familiar y laboral para que la persona le cubra ciertas demandas producto de sociedad de consumo).

- Tensión surgida por la polivalencia de papeles que se ejercen en el contexto social en el cual se actúa.
- Los problemas morales representan uno de los campos más vastos para potenciales situaciones tensas. (opcit).

Timio (1974), nos menciona que el ámbito laboral puede estar cargado de situaciones productoras de tensión. Dichas situaciones pueden ser sobrecarga de trabajo, el cual debe ejercerse en una fracción de tiempo limitado, confusión y distracción determinada por rumores, competitividad excesiva y hacinamiento en el trabajo, temor de no realizar bien el trabajo, temor de quedar expuesto a situaciones críticas, inseguridad de mantener el empleo, sentimiento de aislamiento, y a todo ésto se puede añadir la condición de una retribución inadecuada, lo que conduce al desinterés en el trabajo y la necesidad de realizarlo lleva a un estado de continua ansiedad y tensión.

Veamos de que manera el organismo responde a la tensión y en que punto ésta respuesta puede asumir un papel patológico. Algunos especialistas (Seyle 1970, Simonton y Creighton, 1981) han realizados estudios al respecto encontrando que los estímulos productores de la tensión rompen en el organismo viviente un equilibrio de hormonas que regulan claramente los procesos de cambio, regulan numerosas etapas metabólicas y otras funciones vitales.

Las condiciones productoras de tensión, inclusive de breve duración y de leve intensidad, pueden inducir a marcadas modificaciones fisiológicas en términos de desequilibrio hormonales momentáneos. Si estas condiciones se repiten durante un tiempo prolongado asumen un significado patológico en ciertas circunstancias y en determinados individuos. Samaan (1979), nos menciona que han contribuido a entender dichas situaciones los estudios realizados en animales, los estudios epidemiológicos, las observaciones clínicas y el cultivo seriado de algunos índices hematoquímicos.

Los Drs. Samuels y Samaan (1979), comentan que ha cobrado particular importancia la relación entre los estímulos psicosociales productores de tensión y algunas hormonas del sistema adrenosimpático (principalmente adrenocorticotrofina), de la corteza suprarrenal (esencialmente glicocorticoides) y de la tiroides. La activación fisiológica que el organismo pone en funcionamiento frente a un peligro como un mecanismo defensivo.

Según Brandenger (1970), se ha encontrado que durante el trabajo físico hay un aumento en la eliminación urinaria y de la concentración plasmática de adrenalina y que tal respuesta está en función de la intensidad y duración del estímulo físico. Es claro el enlace entre tensión y enfermedad, de ahí observamos la posibilidad de predecir la enfermedad tomando en cuenta la tensión que produce el medio ambiente, el medio laboral y el familiar.

Johnson, Swanson, Bracken, Samaan, Von Eschenbach y Samuels (1970), nos mencionan que hay evidencias de que hay una lucha que es de suma importancia en los pacientes con cáncer, la cual hace suponer que los aspectos emocionales tensantes pueden suprimir el sistema inmunológico, moviendo todas las defensas naturales del cuerpo, dando como resultado el cáncer, enfermedades del tractogenitourinario o cardiopatías.

El Dr. Solomon (1980), reporta haber realizado investigaciones mediante las cuales descubrió que haciendo incisiones en el Hipotálamo producía una supresión en el sistema inmunológico, observando además que la supresión de dicho sistema, también puede producir un desbalance hormonal, el cual puede incrementar la producción de células anormales.

Como menciona Benson (1980), sería erróneo pensar que la sola tensión, por sí misma desencadenara el cáncer. Actualmente la Biología celular dice que una célula cancerosa es una célula débil y marcada.

Por otro lado, Paulocek y Graham (1979), definen tres variables psicológicas que pueden ser importantes como facilitadores o cofactores en la etiología o el momento del desarrollo del cáncer, nombrándolas: a) el patrón de la historia de la vida, b) eventos de la vida acumulada (pérdidas, separaciones, etc., que producen tensión) y c) afecto (aquí la tensión es producida por exigencias y perspectivas familiares y laborales, relacionadas éstas últimas con jefes y compañeros de trabajo).

El Dr. W. Meissner (1974), profesor de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cambridge, Massachusetts, ha realizado diferentes trabajos para entender la relación entre los procesos familiares y laborales que producen tensión y la aparición de desórdenes psicosomáticos y de las enfermedades crónicas como el cáncer. También nos menciona que los patrones y expectativas familiares y sus interacciones, influyen en la ocurrencia o intensificación de enfermedades físicas en los miembros de la familia. El hipotetiza que hay una relación directa entre los patrones de comportamiento familiar, las presiones laborales y que ambos factores productores de tensión tienen relación con las enfermedades físicas que producen una variedad de traumatismos emocionales que tienen relación con eventos disruptivos, los cuales causan una desorganización en el Sistema Límbico, alterando el funcionamiento hormonal.

Así mismo, hace hincapié en que constelaciones familiares son desencadenadoras de enfermedad. Observó que frecuentemente patrones familiares mal adaptados y grandes tensiones laborables no permiten un funcionamiento adecuado de la personalidad. Establece una asociación entre tipos específicos de personalidad y patrones de disfunciones con enfermedades específicas.

Los Drs. Grorik (1972), Wahl y Golden (1976), también han observado la evidencia significativa de la influencia de los factores dinámicos entre los procesos familiares y laborables y lo que llaman la psicogénesis de conductas emocionales mal adaptadas. Han observado que las dinámicas de las estructuras familiares y sus interacciones tienen un impacto no solo en los ajustes psicológicos de cada uno de los miembros de dicha familia, sino también de los patrones de salud física y enfermedad que influyen junto con el contexto social, laboral y cultural.

De igual manera observan que en procesos psicosomáticos las influencias psicológicas operan conjuntamente con factores de diferentes componentes emocionales.

El Dr. Meissner (1974), nos menciona que la asociación de una mala adaptación emocional y las enfermedades físicas han sido bien establecidas en numerosas instancias. Hay formas de patología que reflejan factores emocionales en combinación con predisposiciones genéticas. Por ejemplo: en el caso de la úlcera duodenal, los pacientes generalmente manifiestan un patrón de hiperactividad y una tendencia a la hipersecreción, cree él que psicológicamente muestran una dependencia oral.

Los síntomas de la úlcera son usualmente precipitados por disturbios emocionales y tensiones relacionadas con eventos significativos para el paciente, los cuales van desde la pérdida de una persona importante hasta una pérdida aparentemente no tan relevante emocionalmente. Observa que éstas pérdidas han ocurrido hasta con un período de 18 meses de anterioridad. esto ha sido descrito en términos de una regresión relacionada con una figura materna punitiva y es aquí donde nos indica que muchas de las tensiones de la forma de vida del paciente se vuelven patológicas y alteran el sistema endocrínogeno.

En el caso de los pacientes con cáncer. Meissner, nos comenta que los factores emocionales juegan un rol potencial. La influencia de factores psicológicos en la ocurrencia y el curso del cáncer es obvia, pero no ha sido notada abiertamente con anterioridad al diagnóstico de la enfermedad. Los pacientes con cáncer tienden a caer en depresiones (aún antes de que les diagnostiquen el cáncer) y muestran las siguientes características de personalidad: aparentemente son independiente y poco demandantes, no son agresivos y muestran patrones de autosacrificio, paciencia y sentimientos de esperanza y ayuda. Según Meissner estos pacientes tienen problemas emocionales no resueltos con la madre.

Veamos pues que en el caso de la interacción familiar de los pacientes con cáncer están presentes una serie de problemas emocionales no resueltos con la madres. En las relaciones maritales, sus relaciones también son tensas, desarmonicas y con desajustes de tipo sexual. En el caso de las relaciones maritales pareciera que la enfermedad tiene un doble mensaje; se ha observado, por ejemplo, que el esposo se siente impotente respecto a una esposa altamente dominante o, en el caso de las esposas, tienden a volverse frías o a desarrollar malignidades relacionadas con el aparato reproductor, esto se ha visto en el caso de esposos que salen mucho del hogar solos sin sus esposas, parece ser que el doble mensaje nuevamente está presente.

Bahnsen (1975) menciona que, a través de diferentes investigaciones, ha observado que en sistemas familiares cerrados, los miembros de la familia tienden a tener sistemas emocionales de estructuras tendientes a somatizar y que éstas mismas reacciones psicósomáticas son una respuesta al sistema familiar que tiene reglas de interacción muy rígidas.

Los Drs. Thomas y Duszynski (1984), de la Escuela de Medicina de la Universidad John Hopkins, realizaron un estudio sobre la cercanía de los padres y la constelación familiar que produciría enfermedades tales como: enfermedad mental, tumores malignos, hipertensión y ataque coronario; encontraron que las actitudes familiares negativas o desfavorables se presentaban más frecuentemente en el grupo de los pacientes que se suicidan, tienen problemas mentales o desarrollan tumores malignos, así mismo encontraron que la cercanía en la relación con los padres era pobre cualitativamente.

Banson y Banson (1979), mediante estudios realizados a pacientes con cáncer encontraron que los pacientes que desarrollan dicha enfermedad, presentan necesidades de dependencia hacia sus padres, no resueltas en la niñez. El resultado de reprimir éstas necesidades, les genera severos conflictos, similares a los que vivieron con sus padres y que los pacientes tienden a generalizar con figuras sustitutas.

Sugieren que así como es importante identificar los componentes fisiológicos, bioquímicos, hormonales e inmunológicos en el estudio del cáncer, lo es la investigación de la infancia del paciente, su relación con sus padres y familia.

Solomon (1979), a lo largo de diferentes investigaciones con pacientes con cáncer, insiste en conocer la interrelación entre las emociones, la tensión, funcionamiento del sistema nervioso y la inmunidad para la formación de tumores malignos.

III ALTERNATIVAS.

Vemos que en el caso del paciente con cáncer es indispensable que se busque ayuda psicológica, para poder orientar tanto al paciente como a su familia a vivir su enfermedad con la mayor calidad y dignidad de vida posible. Existen muchos tipos de debate dentro de los aspectos psicológicos referentes no tan solo al paciente, sino también a su familia y al mismo médico sobre cómo van a lidiar con el cáncer.

El cáncer como enfermedad nos lleva a plantearnos dos problemas que podemos abordar desde un enfoque psicológico:

- 1) La adaptación del hombre a una enfermedad grave, crónica y que en muchos casos puede ser mortal.
- 2) Lo difícil que es hablar del cáncer con el paciente y con su familia.

A continuación mencionaremos una serie de alternativas que se brindan al pacientes desde el punto de vista médico y psicológico, los cuales consideramos no son excluyentes.

1 METODOS MEDICOS ORTODOXOS

1.1 Método Quirúrgico.

El método más antiguo y el de uso más frecuente en el tratamiento de esta enfermedad. La cirugía no es el método más efectivo e indispensable para combatir el cáncer (Johnson y Samuels, 1978)

Este método requiere de gran cuidado, pues se ha observado que si hay metástasis se acelera la reproducción tumoral. Se sugiere la conveniencia de emplear paralelamente la Radioterapia o la Quimioterapia, según el tipo de cáncer, ya que así aumenta su efectividad (Seale y Harris, 1980).

1.2 Método Quimioterapéutico.

Esta terapia es aplicada al paciente en base a la combinación de diferentes sustancias químicas por vía intravenosa; en algunos casos se aplica vía cateterismo en la vena subclavia, en otros se implanta el cateter en hipotálmo, como en el caso del linfoma de Burkitt's; también se implanta el cateter directamente en el riñón, como en algunos casos para la aplicación del Cis-Platinum (Bracken, Johnson y Samuels, 1979).

Estas sustancias químicas destruyen las células malignas, pero también matan células blancas, por lo que el paciente sufre una gran baja en sus defensas, a consecuencia de tal baja y por los efectos colaterales de las drogas, los pacientes sufren de ulceraciones en la mucosa bucal, caída de pelo, cejas y pestañas, visión borrosa, vómito, parálisis estomacal temporal, disminución auditiva en algunos casos de manera temporal y en otros permanente, neuropatía periférica, depresión, alucinaciones, diarrea, entre otras. Tales consecuencias producen en el paciente inseguridad, como en el caso de la caída del pelo, cejas y pestañas y cambios en su estado de ánimo, por lo que su interrelación personal se torna conflictiva.

La principales sustancias químicas que se emplean en estos casos son: Cytoxan, Metrotexate, Velvan, Vincristina, Bleomicina, VP 16, Cis Platinun (II), Prednidona. Asparaginasa, Diethylstilbestrol, entre otras.

Estos agentes terapéuticos trabajan como un bloqueo parando el metabolismo esencial en el proceso de la división celular (American Cancer Society, 1977).

Dada la posibilidad de consecuencias fatales (pérdida auditiva y parálisis renal, en el caso del Cis-Platinum; Toxicidad pulmonar en el caso de la Bliomicina, entre otras), o severas reacciones tóxicas (Samuels, Trindade y LogoThetis, 1979), el paciente debería de ser ampliamente informado por los médicos del alto riesgo que corre y que por lo tanto debe de estar bajo estricto control médico.

Por ejemplo: el Metrotexate, solo debe ser usado por médicos altamente experimentados en Quimoterapias antimetabólicas (Physician's Desk Reference, 1978).

Los costos de estos tratamientos son muy elevados, según el tipo de cáncer y pronóstico para el que se empleen.

La industria químico-farmacéutica ve a dicha terapia como una alta fuente de ingreso y de desarrollo. En algunas ocasiones se han hecho publicaciones como la siguiente, "lo que la industria farmacéutica necesita es una mejor y nueva línea de producción", por lo tanto no es sorprendente que se vea a esta área como parcialmente lucrativa (Business Week, January 17, 1977).

Tampoco es de extrañar que en reuniones convocadas por la American Cancer Society, Memorial Sloan-Kettering, National Cancer Institute y el National Institute For Allergy and Infection Disease, como en la segunda reunión internacional para estudios del Interferon patrocinada por la Universidad Rockefeller del 22 al 24 de Abril de 1979, estuvieran presentes "el quien es quien" de la industria quimicofarmacéutica. Entre la lista de los participantes se incluye a los laboratorios Braxter-Travenol, Bristol-Myers, Co., Burroughs Wellcome Co., Cutter Laboratories, Hoffmann-La Roche Inc., Johnson & Johnson, Merck-Sharp & Dohme, Miles Laboratories, Molsanto, Co., Pfizer Inc., Schering-Plough Corp., Searle Laboratories, Smith Kline and French, U.S.V., Pharmaceuticals y Warner Lambert (Second International Workshop, Memories, 1979).

1.3 Método Radioterapéutico

Esta terapia también es controvertida en cuanto a su efectividad y seguridad, por lo cual hay que tener cuidado en su aplicación, ya que si no se dosifica adecuadamente, también puede producir la muerte. La muerte de Madame Curie y de su hija Irene Joliot-Curie fué por leucemia, producida como resultado de sus constantes exposiciones a materiales radioactivos (Ralph W. Moss, 1980).

La radioterapia es aplicada en más de la mitad de los pacientes con cáncer en los Estados Unidos (American Cancer Society, 1978), produce consecuencias colaterales tales como la fiebre, diarrea, caída de pelo, ulceraciones, quemaduras, etc.

La Comisión de Energía Atómica controla gran parte de la información que contiene problemas referentes a salud pública que han surgido de investigaciones

referentes a la salud pública que a su vez ha emanado de investigaciones relacionadas a la comunidad médica y científica de la salud. Mucha de esta información está paralizada en los libros de texto de la carrera de Medicina, pero sin embargo se argumenta que los médicos "reciben generalmente buena educación" concerniente al uso apropiado de la radioterapia (Bross, 1979).

La comunidad de investigación radiológica defiende el uso de la energía establecida, argumentando que cualquier objetivo científico justifica la práctica en aras del conocimiento y que como cualquier investigación arroja logros y riesgos (Science, Abril 13, 1979).

Muchas células cancerosas no son radiosensibles, por lo que muchos doctores recomiendan su uso solo como paliativo, especialmente en casos avanzados.

1.4 Métos Preventivos

La American Cancer Society nos informa que corresponde al médico general, al realizar la historia clínica de sus pacientes, practicar una exploración física teniendo presente la posibilidad de que exista una neoplasia maligna en alguna parte del organismo del paciente. Esta conducta se justifica porque el diagnóstico oportuno es la posibilidad de ofrecer un tratamiento curativo y por lo tanto tener mayores posibilidades de salvar la vida del enfermo.

La misma American Cancer Society a través de numerosa literatura publicada, nos describe varios signos de alarma, que son señales de peligro del cancer:

- La aparición de un endurecimiento y aumento del mismo en cualquier parte del cuerpo.
- Cualquier flujo o hemorragia constante sin motivo justificado.
- Ronquera o tos persistente.
- Trastornos persistentes en la digestión, en la salivación o dificultad al tragar.
- Cambios en el ritmo habitual de las eliminaciones (urinarias o fecales).
- Cualquier ulceración que no cicatriza.
- Cambios en una verruga, un lunar o en la coloración de la piel.

-Cualquier ulceración que no cicatiza.

-Cambios en una verruga, un lunar o en la coloración de la piel.

-Mal estado general de la salud sin motivo aparente.

Si cualquiera de éstos signos se prolongara por más de dos semanas, es necesario practicar un exámen médico completo.

Los exámenes más comunes que se practican para el temprano diagnóstico del cáncer son:

Para Glándula Mamaria.- El médico deberá explorar y palpar las mamas con la paciente primero sentada y luego acostada, palpar también axilar y regiones supraclaviculares en busca de gánglios linfáticos crecidos y endurecidos. Este tipo de cáncer junto con el del cuello uterino son los más frecuentes en la mujer mexicana.

Para Utero y Anexos.- Realizar estudio ginecológico y citológico cervicovaginal de Papanicolau en las edades comprendidas entre los 20 y 70 años, cada seis meses.

Aparato Urinario.- Realizar estudios radiológicos del aparato urinario, estudio de Papanicolau de orina en serie de tres muestras. Esta rutina es conveniente practicarla desde los 40 años anualmente.

Faringe, Laringe y Esófago.- Se palpa la Faringe, laringe y gánglios cervicales. Una simple auscultación también puede ser hecha por el dentista. Es conveniente que se practique esta rutina una vez al año. También se puede practicar un estudio de Papanicolau del material obtenido al hacer la palpación con el dedo enguantado y cubierto con una gasa.

Estómago.- El diagnóstico temprano del cáncer de estómago es uno de los más difíciles, por ello se debe pensar en la posibilidad de cáncer gástrico en toda persona de más de 40 años que presente frecuentemente dispepsia o indigestión. NO es posible hacer estudios periódicos para investigar el carcinoma gástrico, sin embargo hay algunas medidas que se pueden llevar a cabo y que son de utilidad,

tomar historia clínica completa y ante la persistencia de un trastorno digestivo practicar estudios radiológicos. El antecedente de úlcera péptica gástrica no excluye la existencia de un carcinoma de estómago y que el cáncer puede estar enmascarado como una úlcera benigna. La sangre oculta en heces fecales en estos pacientes es un dato que puede coexistir con un carcinoma gastroduodenal. El estudio de Papanicolau del contenido gástrico obtenido mediante succión y lavado del estómago es de bastante utilidad para el diagnóstico de éstas neoplasias.

Cuando un estudio es negativo y persiste la sospecha de un cáncer gástrico se debe recurrir a la gastroscopía y biopsia del estómago.

Intestino Grueso y Recto.- El médico debe palpar cuidadosamente el abdomen en busca de masas o distensión anormal. El tacto rectal es obligatorio puesto que los pólipos y el carcinoma del recto pueden ser palpados en muchos casos. Además es conveniente examinar la próstata en el caso de pacientes del sexo masculino.

Estos estudios se deben realizar cada seis meses en el caso de pacientes de más de cuarenta años. En caso de sospecha de cualquier masa tumoral, se recomienda una restosigmoidoscopia. También se puede practicar el Papanicolau.

Aparato Respiratorio.- Dado el incremento de la frecuencia de tumoraciones en el pulmón, es conveniente practicar una radiografía de tórax cada año y al mismo tiempo efectuar un estudio citológico de Papanicolau de la expectoración en personas de más de cuarenta años de edad. Se sugiere practicar la rutina cada año.

Por otro lado como recomienda el Dr. Williams (1981) del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Indiana, los médicos y los pacientes necesitan ser reeducados y formular metas que produzcan salud. Esto nos lleva a pensar en un plan que cambie nuestro sistema médico educativo, dicho programa y plan educativo deberá producir un genuino entendimiento de un productivo cuidado de salud y que pueda ser administrado tanto en la práctica privada, como en grandes grupos, con el fin de que se produzcan cambios de actitudes en la comunidad, así como en los pacientes en particular.

2. METODOS PSICOLOGICOS

2.1 Método de la Doctora Kübler-Ross

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross comenzó a interesarse por pacientes con enfermedades crónicas no psiquiáticas y por enfermos terminales a mediados de los años sesentas, cuando decidió entrevistar a pacientes que estuvieran próximos a morir, para presentar un caso práctico en un seminario que conducía en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chicago que trataba sobre "Las Crisis de la Vida". Observó que en ese hospital estaba casi prohibido hablar sobre la muerte y desde entonces se dedicó a investigar sobre las necesidades psicológicas de los enfermos crónicos no psiquiátricos y de los terminales. En el libro "Sobre la Muerte y los Moribundos" (1969), transmitió sus experiencias en el trabajo psicoterapéutico con más de 200 pacientes que enfrentaban una muerte inminente. Desde el punto de vista teórico, delineó cinco etapas consecutivas, por las cuales atraviesa el paciente a la par de que su condición fisiológica se va deteriorando.

Ante el conocimiento del diagnóstico, la respuesta del paciente es de Shock y aturdimiento; este estado es sustituido por la primera etapa, la NEGACION, en la que el paciente no está todavía preparado para enfrentar la realidad y reacciona defendiéndose con un "no, es cierto". Puede ser que entonces vaya de hospital en hospital o de doctor en doctor, buscando un diagnóstico más favorable, o tal vez busque "una medicina mágica y maravillosa". Esta etapa se considera como adaptativa, en tanto que actúa como "atenuante" después de las inesperadas e impacientes noticias, y permite al paciente mantener cierto control y con el tiempo movilizar otras defensas menos radicales. Ante el continuo deterioro físico, la negación total ya no puede ser fácilmente sostenida; sin embargo, continúa existiendo a través de todo el proceso, presentándose periódicamente. La segunda etapa la denomina de IRA; se caracteriza por rabia y enojo, aquí el paciente se pregunta ¿por qué me sucede esto a mí y no a otro? Durante esta etapa el paciente dirige su rabia hacia Dios, el destino, el personal médico y prácticamente contra todos los que lo rodean, contra todas las personas sanas, todos los que le recuerdan que él morirá y los demás vivirán.

A la tercera etapa la Dra. Kübler-Ross la denomina de PACTO, aquí el paciente cree que tal vez rogando a Dios, prometiéndole algo, o haciendo algún tipo de pacto mágico, logrará prolongar su vida.

Después de esto generalmente el paciente pasa a la cuarta etapa que se caracteriza por DEPRESION, la cual puede presentarse como resultado de un incremento en los síntomas físicos al darse cuenta, por ejemplo, que está adelgazando y sintiéndose cada vez más débil debido a las consecuencias de las prácticas quirúrgicas, como la extirpación de un seno o de alguna parte de la cara, lo que generalmente le provoca una deprecación profunda, o bien por efectos colaterales de la quimioterapia. En este periodo se reactiva las pérdidas y duelos que ha tenido en su vida. En el último periodo de la etapa de depresión, los pacientes raramente hablan o comparten su dolor" (Kübler-Ross, 1972). Si el paciente ha tenido suficiente tiempo y se le ha proporcionado ayuda para elaborar las etapas previamente descritas, puede pasar a la quinta etapa y última que la Dra. Kübler-Ross denomina de "ACEPTACION" y la describe como el advenimiento de una paz interior, un sentimiento "de estar listo", libre de angustia, amargura o miedo.

Al alcanzar la etapa de ACEPTACION, los pacientes, en su paz y ecuanimidad, muestran que el morir no tiene que ser algo temido, sino que puede ser experimentado como el final pacífico y tranquilo de una vida plena de sentido (Kübler-Ross, 1969). Finalmente, la Dra. Kübler-Ross completó su análisis con la observación de que la esperanza subsiste y debe subsistir a lo largo de las cinco etapas.

La intervención terapéutica puede comenzar desde el momento en que se hace necesario informar al paciente el diagnóstico de su enfermedad; Kübler-Ross descubrió que la interrogante que se plantea no es el decirle o no al paciente la verdad, ya que de una forma u otra los pacientes intuyen su realidad, sino que el terapeuta debe preguntarse ¿Cómo voy a compartir esto con mi paciente?.

La autora enfatiza la importancia de una comunicación abierta y sincera en la que con una actitud empática se debe transmitir al paciente que siempre continúa existiendo una esperanza, por el hecho de existir nuevas drogas, tratamientos, técnicas cada vez más avanzadas de investigación y descubrimientos. Lo principal es comunicar al paciente que no todo está perdido, que no se le abandonará por el hecho de tener esa enfermedad y que se trata de una batalla en la que se peleará conjuntamente.

Dice Kübler-Ross (1979), que el aspecto básico y principal de poder prestar ayuda terapéutica a éste tipo de pacientes es que el terapeuta haya reconocido y analizado sus ansiedades sobre la muerte; de otra manera no podrá crear el clima necesario para trabajar con ellos, no podrá percibir ni reconocer sus necesidades específicas en un momento determinado.

La mayor parte de éste tipo de enfermos no pueden vivir continuamente conscientes de su próxima muerte, de ahí la importancia de la habilidad del terapeuta para permitir que el paciente utilice sus defensas, sin hacerlo conciente de las contradicciones que se pueden suscitar.

La Dra. Kübler-Ross (1972) incitó a sus pacientes y a su familia a que expresaran su rabia, ya que esto les permite sentirse menos culpables; aquellos pacientes que expresaron su duelo pudieron hacer una delectación de sus figuras significativas y alcanzaron la aceptación más rápidamente. Dice la autora que en ésta última etapa de aceptación, los pacientes únicamente necesitan de la compañía silenciosa de sus seres queridos y que tomarlos de la mano, una mirada cariñosa o arreglarles las almohadas les comunica más que cualquier palabra.

2.2 Terapia Ocupacional

Wolber (1977), nos menciona que entre las actividades mejor organizadas empleadas en las instituciones para la salud está la Terapia Ocupacional, que ha probado su efectividad para ayudar y restablecer a los individuos a través de la relación con el terapeuta, el significado y el producto final del trabajo, constituyendo un medio de entrada hacia el mundo interno del paciente, la cual le permite ponerse en contacto con otras personas, disminuyendo así su aislamiento social y al mismo tiempo lo expone a las influencias de las dinámicas del grupo.

Grammage, Mc Mahon y Shanahan (1976) definiéron al hombre como un individuo con una necesidad intrínseca de tratar con su ambiente. La manera de tratar el ambiente determina los roles personales, sociales y ocupacionales. Dentro del papel ocupacional incluye el trabajo, el juego y las diversiones. Según los autores, a las personas se les debe proporcionar roles, así como reforzamientos positivos y negativos, para que puedan aprender ciertas actividades adaptativas necesarias para el desempeño del rol. El hombre y su ambiente mantienen una relación clínica y recíproca, esto es, el hombre asume un determinado papel ocupacional y logra un manejo adaptativo de las habilidades necesarias para influenciar su

ambiente. Si el ambiente no puede ser modificado por el hombre, no presenta situaciones novedosas o retroalimentación acerca de qué tan apropiadamente los roles son desempeñados, el hombre puede perder el impulso y la motivación a la realización, resultando una disfunción la cual es la inhibición para rendir o actuar en un rol ocupacional de manera satisfactoria.

Aquí el terapeuta debe utilizar procedimientos de evaluación para examinar e identificar conductas indicativas del nivel de funcionamiento y del nivel de disfunción. Utilizando este marco de referencia, la Psicoterapia Ocupacional se define como "el proceso mediante el cual el paciente reaprende viejas habilidades, aprende nuevas destrezas y modifica o mantiene sus actividades actuales necesarias para el desempeño satisfactorio de su rol ocupacional". (Grammage, Mc Mahon y Shanahan, 1976).

En el caso del paciente terminal, los roles ocupacionales deben ser abandonados paulatinamente para llegar a aceptar el rol personal y social de "El paciente que pronto va a morir" (Grammage, Mc Mahon y Shanahan, 1976). Ambos, terapeuta y paciente, continuamente deben evaluar las actividades que corresponden al rol ocupacional, para que el programa permanezca apropiado a la capacidad de funcionamiento del paciente.

Oelrich, citado en Oñate 1984, plantea que cuando el paciente tiene conciencia de su enfermedad y pronóstico, se presentan una serie de reacciones psicológicas y emocionales que incluyen depresión, los fenómenos del duelo, expresiones ambientales hacia los que los rodean así como hostilidad, rabia, ansiedad y culpa y que los principales mecanismos de defensa utilizados son la negación, la regresión y la supresión. La autora insiste en que para que el terapeuta ocupacional pueda trabajar efectivamente, debe primero atender y elaborar sus propios sentimientos hacia la muerte; necesita incluir a la familia del paciente en sus planes de tratamiento y conocer el estilo de vida de éste, previo a la enfermedad, así como sus gustos personales. Debe evaluar las potencialidades y habilidades del paciente continuamente durante el curso de la enfermedad, para que las actividades sean acordes a su estado físico.

Oelrich (1976), enfatiza que mientras más progresa la enfermedad, la habilidad del paciente para aprender y realizar actividades poco conocidas declina, por lo que las tareas deben ser cada vez más familiares y estructuradas. Las restricciones e imposibilidades del paciente no deben ser discutidas sin dejar de enfatizar lo que él todavía es capaz de hacer y lo que todavía puede lograr, lo cual le ayuda a sentirse útil, productivo y facilita la aceptación de su enfermedad y pronóstico. Las metas de la Terapia Ocupacional deben incluir la creación y aumento de la auto-estima, reducción de la ansiedad y depresión, la promoción de sentimientos de utilidad y la prevención de las regresiones.

2.3 Logoterapia

Esta aproximación existencialista propone ayudar al paciente a confrontar interrogantes básicas de la existencia humana. Entre las aportaciones de los psicólogos existencialistas a la psicoterapia, los planteamientos de Viktor Frankl (1973) son los que destacan por su aplicación directa al tratamiento de pacientes terminales.

La logoterapia se basa en tres principios que tal vez no pueden ser demostrados, pero que según Frankl pueden ser experimentados:

- 1.- La vida tiene sentido bajo todas las circunstancias.
- 2.- El hombre es dueño de la voluntad del sentido y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla.
- 3.- El hombre es libre, dentro de sus obvias limitaciones, para el sentido de su existencia.

Según Frankl, 1973 la vida puede hacerse significativa de tres maneras:

- 1.- A través de lo que le damos a la vida (en términos de nuestro trabajo creativo)

- 2.- Por lo que tomamos del mundo (en términos de nuestros valores experimentados)
- 3.- A través de la actitud que tomamos hacia el destino que no podemos cambiar

La posibilidad de descubrir sentido mediante las actitudes adquiere importancia cuando el hombre se enfrenta a la "Triada Trágica": Sufrimiento inevitable, culpa imborrable y muerte (Frankl, opcit). Cuando la persona está ante una situación dolorosa que es incapáz de alterar, puede encontrar sentido si la enfrenta con valor y dignidad y siente además que su vida es ejemplo para otras personas.

Según Frankl (opcit), la logoterapia no puede suprimir el sufrimiento, pero puede suprimir la desesperación a la que define como "un sufrimiento desprovisto de sentido para quien lo padece". Basado en estos planteamientos teórico, Frankl, elaboró dos técnicas terapéuticas:

La Intención Paradógica y la Desreflexión.

Mediante la Intención Paradógica, Frankl insta al paciente a hacer o a desear aquello que teme. El objetivo de éste método de curación es romper el círculo vicioso que se crea como resultado de la angustia anticipatoria a un hecho. Rompiendo este patrón de conducta, aunque solo sea por el momento, el paciente logra verse a sí mismo, no como a una víctima indefensa, sino como el amo de su propio destino. Por su parte, la Desreflexión desvía la atención del paciente de su persona.

Zurchler y Watkins (1975), retoman la logoterapia, encontrando que este tipo de pacientes puede ser ayudado a soportar la tensión emocional creada por su fatal pronóstico y establecer nuevas perspectivas de sentido y pronóstico de vida.

2.4 Terapia de Grupo

Lo que aquí se pretende es que los miembros de un grupo puedan ayudarse entre sí. Como la psicoterapia individual, las técnicas grupales se pueden clasificar en: de apoyo, reeductivas y reconstructivas, implicando esto la

utilización de técnicas específicas y diferentes.

El tratamiento de grupo puede ser centrado en el terapeuta, centrado en el grupo. El primero tiene que ver cuando el terapeuta adquiere un rol directivo y más autoritario, moderando la comunicación entre los miembros del grupo, dando interpretaciones y limitando las actividades intragrupalas y extragrupalas; y el segundo cuando el grupo opera como la autoridad principal y el terapeuta funciona con un rol consultivo.

La psicoterapia de grupo para enfermos de cáncer reviste características específicas por el tipo de paciente de que se trata, como describe en la literatura revisada.

Parsell y Tagliareni (1974) trabajaron con pacientes con cáncer a partir del frecuente comentario que escuchaban de que "nadie entiende lo que es tener cáncer, excepto otro paciente con cáncer". Ellos trabajaron con terapias de grupo y entrenaron a unos facilitadores cuya principal función fué promover la interacción, la aceptación y el apoyo entre los miembros, para lo cual se buscaron temas comunes entre las experiencias de los pacientes que se ponían a consideración del grupo. De ésta manera cada paciente pudo compartir sus experiencias y reconocer que existen "otros como yo".

Los pacientes se quejaron continuamente expresando rabia y enojo hacia los doctores, indicando que generalmente se les trata como si fueran niños pequeños. Así mismo se les ayudó a encontrar formas de ejercer un mayor control sobre sus vidas, para que pudieran aumentar su autoestima. Se trabajó sobre el significado del tiempo, ya que al darse cuenta de que importa es la calidad de vida, los pacientes pudieron cambiar sus prioridades y valores. Así mismo, pudieron también mostrar abiertamente su depresión y aprendieron que es importante no perder la esperanza, ya que tal vez en ése tiempo encontrarían la manera de curar el cáncer.

Parsell y Tagliareni (1974) observaron que una preocupación recurrente en sus pacientes fué la actitud de sus familiares y amigos hacia ellos. Algunos pacientes se sentían realmente en conflicto al querer proteger a sus familiares de los efectos de su enfermedad, cuando al mismo tiempo ellos necesitaban el apoyo por parte de su familia.

Mc Carty (1975) también trabajó con psicoterapia de grupos con pacientes con cáncer y observó que los asuntos y conflictos tratados en el curso de la terapia se condensaron y categorizaron en cuatro temas principalmente, siendo estos: la forma de enfrentar y manejar el cáncer, el tratamiento quimioterapéutico, la muerte y las expectativas de vida y la interacción con los miembros de la familia. Sugieren que el papel del terapeuta es ser activamente empático y funcionar como un aliado emocional para ayudar a resolver de manera creativa los problemas que el paciente presenta para adaptarse y vivir con los conflictos propios de su enfermedad. También encontró que es importante atender a la familia como un sistema de apoyo a la interacción médica.

Franzino, Geren y Meiman (1976), hipotetizaron que un grupo de pacientes con una enfermedad similar y con problemas físicos y emocionales similares se podrían ayudar entre sí a enfrentar su muerte próxima. Los investigadores trabajaron con pacientes con cáncer terminal en psicoterapia de grupo y los temas tratados por los integrantes fueron:

- El tratamiento médico, especialmente los efectos secundarios del mismo. los pacientes se revelaban contra la pérdida de energía que atribuían a los medicamentos más que a su enfermedad.
- Conversaciones acerca de su familia, su vida social y experiencias anteriores a su enfermedad, así como a las perturbaciones actuales en sus relaciones.
- Artículos de revistas sobre cáncer, nuevas drogas y nuevos tratamientos.
- Ocasionalmente hablaron de suicidio, pero todos estuvieron de acuerdo en que constituía un modo irracional de afrontar sus dificultades.

Yalom y Greaves (1977) también reportaron sus experiencias de trabajo psicoterapéutico grupal con pacientes con cáncer estando compuestos sus grupos por pacientes que conocían el pronóstico de su enfermedad. Los autores reportaron un trabajo con seguimiento de cuatro años, durante el cual 12 pacientes fallecieron.

A lo largo del tiempo, se pudieron identificar los siguientes factores de ayuda y mecanismos de cambio:

- 1.- Los pacientes fueron los principales agentes de cambio. El alturismo y el poder dar apoyo a otros, les ayudó a poder promover su autoestima, además de abstraerlos de un estado mórbido de ensimismamiento.
- 2.- Los pacientes se sintieron útiles al permitir que estudiantes de medicina y el personal médico observaran las sesiones por medio de la cámara de Gesell. Presentaron una compleja y ambivalente serie de sentimientos hacia sus médicos. Al principio se hizo evidente demasiada rabia contra ellos y de hecho, la cohesión inicial del grupo resultó en parte de una hospitalidad común hacia la profesión médica, pues mucha de la rabia estaba justificada ya que a los oncólogos y cirujanos siempre les faltaba tiempo para proporcionar el apoyo y la información que los pacientes requerían; los médicos, en general, se comportaban de una manera impersonal y autoritaria y excluían a los pacientes de la toma de decisiones a su tratamiento.
- 3.- Presencia y compañía fueron las necesidades principalmente satisfechas por el grupo.
- 4.- La conducta efectiva del grupo se realizó cuando los terapeutas asumieron la posición "nosotros los que enfrentamos la muerte", debiendo combatir y tolerar la ansiedad del grupo.

Los autores llegaron a la conclusión de que es necesario un periodo de aprendizaje de los terapeutas, tratando su propio miedo a la muerte para poder trabajar eficientemente.

Yalom y Greaves (1977) encontraron que cuando la interacción del grupo era superficial, generalmente los terapeutas eran responsables, ya que consideraban algunos temas demasiados amenazantes para que los pacientes los discutieran, pero en realidad se estaban protegiendo ellos mismos, ya que, dada la oportunidad, el grupo estaba deseando profundizar en algún tema específico.

Los terapeutas anteriormente mencionados también encontraron que cuando procedían con demasiada cautela, considerando que los pacientes estaban muy angustiados y que no podían tolerar otra carga adicional de ansiedad, lo que

en realidad hacían era aumentar los sentimientos de aislamiento de los pacientes.

"Es importante que los terapeutas aprendan a respetar la negación y a permitir que cada paciente avance a su propio paso. Así mismo es importante para el grupo que se le conceptualice para vivir el tiempo que le quede y no para morir. De ésta manera hay cambios dramáticos en las perspectivas de la vida de los pacientes, ya que pueden ver lo trivial como tal, asumir el control, comunicarse más abiertamente y de manera directa con sus familiares y amigos, y vivir el presente más que el pasado o el futuro" (Yalom y Greaves, 1977).

2.5 Técnica Psiquiátrica

Los Drs. Vachon y Lyall (1976), del personal del Instituto Psiquiátrico de Toronto, ante las quejas de muchos pacientes que manifestaban su molestia hacia los médicos, quienes solo les reportaban que necesitaban otro tratamiento pero no les explicaban más detalladamente el curso de su enfermedad, comenzaron aplicar técnicas psiquiátricas a 2,000 pacientes con cáncer. Encontraron que usualmente este tipo de pacientes experimenta reacciones de tensión en el ajuste de su enfermedad y tratamiento, tensión que manifiestan de diferentes maneras, lo que complica sus concepciones acerca de la enfermedad y les genera problemas con sus amigos y familiares. Por lo anterior ellos sugieren que se aplique en los hospitales con pacientes con cáncer técnicas psiquiátricas.

Ellos comenzaron a trabajar con lo que llamaron "Reuniones de Grupos de Sostenimiento", en sesiones grupales de una vez por semana. Ahí los pacientes pudieron mostrar su hostilidad desde el comienzo de su experiencia y fueron reaccionando progresivamente durante el curso de su enfermedad, ya sea controlando su agresividad o bien disminuyéndola.

También manifestaron que sentían que el cáncer es una de las pocas enfermedades en que el individuo siente que no tiene control, por lo mismo tienen una sensación de espera que los vuelve altamente irritables y depresivos. Vieron también que es frecuente que los pacientes comiencen a hostilizar directamente a las enfermeras refutando los tratamientos o algunos aspectos referentes a su cuidado.

Otro mecanismo de defensa común, es también desplazar su hostilidad hacia los médicos y en algunas acciones hacia sus familiares, siendo este uno de los

más difíciles problemas de los pacientes con cáncer, debido al aislamiento social en que caen y que no se les brinda apoyo emocional.

Vashon y Lyall (1976), encontraron que a los pacientes también les parecía molesto que los médicos no les hablen directamente sobre su diagnóstico, presumiblemente por protegerlos del dolor del pronóstico de la enfermedad y que luego sean los mismos médicos quienes les dicen que no nieguen su enfermedad y síntomas.

A raíz de las "Reuniones de Grupo de Sostentamiento" y de las conclusiones que de ahí se derivaron, se llegó a la conclusión de que muchos de los problemas de pacientes con cáncer, pueden ser resueltos, aliviados e incluso evitados si se entrena al personal que los atiende con el uso de técnicas psiquiátricas.

C.M. Parkers (1971), del Hospital Princesa Margarita de Toronto, trabajó con pacientes con cáncer, en reuniones de una hora de duración cada semana, con lo que él llamó "Vehículos de Transición". Lo que pretendió fue dar a sus pacientes apoyo emocional durante sus dificultades en lo que llamó "Transición Psicosocial", o "ajuste al tipo de vida a sus tratamientos durante su enfermedad".

Dichas reuniones facilitaron a los pacientes el recibir sus tratamientos de radioterapia y se mostraron contentos con el personal del hospital, quienes previamente habían recibido entrenamiento de técnicas psiquiátricas en el Instituto Clark de Psiquiatría de Toronto. En cada reunión se atendieron a 15 pacientes y a los miembros de su familia.

Los pacientes fueron alentados para expresar sus sentimientos de miedo, aislamiento, depresión y enojo. Ellos fueron entendiendo, aceptando y soportando sus sentimientos, al aceptarlos en otros miembros del grupo.

Algo muy importante que se logró en estas reuniones fue la experiencia de entender que los pacientes con cáncer, si viven su enfermedad con su familia y amigos, estos le ayudarán a quitarle el pánico frecuentemente asociado al diagnóstico del cáncer.

Los pacientes son alentados para discutir ellos mismos o su familia lo concerniente a su enfermedad y cuidado con los médicos y a que brinden sugerencias que faciliten su interacción, del mismo modo se les alienta a hablar con sus

oncólogos sobre cualquier información que deseen conocer de su enfermedad y tratamiento. Si se muestran tensos, se les alienta para que decidan ellos mismos que información quieren saber por parte del médico y también se les estimula para que discutan con el grupo aspectos referentes a su enfermedad, tratamiento y pronóstico. Esto surgió debido a la queja de muchos pacientes que manifestaron que solo se les reporta que necesitan otro tratamiento pero no se les proporcionan más detalles de su enfermedad.

El optimismo de algunos pacientes se incrementa cuando discuten los avances en su tratamiento. Con respecto al cáncer, los pacientes discuten en el grupo que su pronóstico fué pobre inicialmente, pero con los avances en el tratamiento han llegado a tener una vida normal por muchos años más de lo que ellos esperaban.

Parkers (1971) enfatiza que no se les puede prometer una curación definitiva y que es necesario que entiendan que el pronóstico es individual, pero que es muy importante que este punto lo discutan con su médico.

Por otro lado los Drs. Cassileth, Supkis, Sutton-Smith y March (1980), del Centro de Cáncer de la Universidad de Pensilvania, también nos reportan sus experiencias de trabajo con pacientes con cáncer. Su trabajo lo concentraron en obtener información concerniente en preferencias de información y participación entre pacientes con cáncer. Su población fué de 305 pacientes externos y 256 pacientes internos, y el rango de edad comprendía entre 20 y 60 años. Ellos trataban de comprobar qué tanta información prefieren conocer los pacientes con cáncer sobre su enfermedad, curso y pronóstico y, en base a ése conocimiento, qué tan cooperativos pueden ser en su cuidado con los médicos y personal hospitalario.

Los resultados que ellos obtuvieron fueron que las actitudes de los pacientes con cáncer van correlacionadas de acuerdo al tipo de ideología dominante de su época. Los pacientes viejos demostraron que preferían no tener información respecto a su enfermedad y tratamiento, argumentando "no estaban calificados" o que "ese es el trabajo de los doctores y ellos deben cuidar esos detalles de mi salud". En contraste los pacientes más jóvenes prefieren conocer la máxima información posible acerca de su enfermedad y mostraron interés en poder tomar decisiones en su tratamiento y cuidado.

Dado lo anterior , vemos que los pacientes jóvenes son en general más abiertos y tienen una participación más cercana con los médicos. Los pacientes más viejos prefieren ser más dependientes de sus médicos y tener menos información y participación en el transcurso de su enfermedad y del cuidado médico.

2.6 Terapia con Orientación Psicoanalítica

Resulta interesante tratar el tema del enfoque psicoanalítico aplicado al paciente con cáncer, ya que el mismo creador del psicoanálisis padeció del cáncer en el paladar durante los últimos diecisiete años de su vida. La necesidad de soportar el cáncer fué un factor influyente en sus ideas y concepciones técnicas.

En "Consideraciones de actualidad sobre la Guerra y la Muerte" Freud (1915) explicó la actitud prevaleciente hacia la muerte diciendo que... "mostramos una patente inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida... la muerte propia es desde luego inimaginable... Así, la escuela psicoanalítica ha podido arriesgar el acierto de que, en el fondo, nadie cree en su propia muerte o lo que es lo mismo, que en el inconciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad..." (Freud,1915. Trad. de López Ballesteros, 1973,p.2110).

Pattison (1977) explicó los estados de angustia que se presentan en el paciente terminal como aspectos parciales de la experiencia de morir, estos estados son:

- Miedo a lo desconocido.
- Miedo a la soledad (la enfermedad aísla al individuo del resto de la humanidad y más si por ésa enfermedad va a morir. Para la persona que va a morir el hecho de estar hospitalizado lo deprime, ya que pierde a personas que le son necesarias por lo que se siente solo).
- Miedo a la pérdida de familiares y amigos.
- Miedo a la pérdida del propio cuerpo.
- Miedo a la pérdida del auto-control.
- Miedo a la pérdida de la identidad.

Es un hecho que en el proceso del cáncer, el dolor físico interviene de una manera determinante y afecta el proceso psicológico del individuo. "El individuo quejado de un malestar orgánico, cesa de interesarse por el mundo

Joffle y Sandler (1965) encontraron que la calidad de la respuesta del paciente con respecto al estado de dolor dependerá en gran medida de su calidad de expresar y descargar los sentimientos hostiles y agresivos hacia lo que el considera como la fuente del dolor.

En un intento por explicar los fenómenos emocionales de los pacientes con cáncer, Abrams (1970) expuso que este tipo de pacientes utiliza la negación y la depresión para poder relacionarse con el mundo externo y para evitar enfrentar la verdad de una muerte próxima.

Según Haggilind (1978), cuando el individuo enfrenta su propia muerte como un hecho real que sucederá en un futuro cercano, ocurre un proceso regresivo en el que sus mecanismos de defensa se transforman hacia las formas arcaicas como las utilizadas en la infancia temprana.

Prado de Molina (1976) encontró, a través de su experiencia terapéutica con pacientes terminales, los siguientes pasos en el proceso de aceptación de la muerte: 1.- Negación de la posibilidad de la muerte, 2.- Aceptación externa de esa posibilidad, 3.- Darse cuenta del amor a la vida, 4.- La lucha por asirse a la vida, algunas veces con controles obsesivos, 5.- Aceptación interna del hecho de la muerte próxima, 6.- Duelo por la posible separación de los seres amados, 7.- El deseo de irse y de tener a alguna persona serena que lo tome a su cuidado tal como una madre omnipotente.

Observó así mismo que el paciente dirige su agresión hacia las personas cercanas.

Prado de Molina (1975) teoriza que esta actitud agresiva es la defensa contra la envidia que siente el paciente hacia los que lo rodean, ya que el paciente será incapaz de tolerar a las personas sanas a quien siente como superiores y a quienes le gustaría poder destruir.

En su práctica terapéutica con pacientes con Cáncer C.A. Ropse (1969) llegó a la conclusión de que "la confrontación inmediata del paciente con la verdad, le permite desarrollar confianza y seguridad en el terapeuta, quien se convierte en la todopoderosa y benévola madre arcaica".

Roose (1969) nos comenta que el manejo de la transferencia se convierte en el manejo terapéutico, ya que en el caso del paciente con cáncer no existe la intención de exponer ningún proceso inconsciente. Otro aspecto significativo en el curso del tratamiento es la necesidad de aumentar la autoestima y mantener el respeto en sí mismo.

En conclusión, Roose (1969) estableció que el problema más difícil en el tratamiento del paciente con cáncer fué el manejo del mecanismo de la negación.

En el desarrollo de su trabajo terapéutico con pacientes terminales Schwartz y Karasu (1977) encontraron que el terapeuta que decide involucrarse en el tratamiento de una persona que va a morir debe:

- Utilizar todos sus esfuerzos para lograr el bienestar del paciente, el cual debe entender esto claramente y también saber que el terapeuta será una figura constante, disponible y confiable para él.
- Tratar de responder apropiadamente a las necesidades del paciente escuchando cuidadosamente sus quejas y las palabras utilizadas para expresarlas.
- Estar preparado para aceptar su contratransferencia, expresada a través de dudas, culpas, y daño a su narcisismo. Debe estar preparado a que se van a reactivar sus deseos de muerte de años tempranos y por supuesto, a tener que recordar constantemente su propia muerte.
- El papel del terapeuta, es sobre todo, proporcionar una empatía efectiva que suministre un estado de fusión con el inconsciente del paciente y que transmita el sentimiento de que una parte del terapeuta morirá con aquella persona.

Para lograr esto el terapeuta debe estar conciente de que no debe apegarse rígidamente a sus propias defensas, puesto que éstas tienden a agrandar las brechas de la comunicación con el paciente.

2.7 Asistencia Conductual

Los psicólogos Stanfiel, Tompinks y Brown (1971), del Centro de Investigación, Rehabilitación y Entrenamiento de la Universidad George Washington de Washington, D.C., nos reportaron su trabajo de pacientes con cáncer auspiciado por el Departamento de Salud. Ellos trabajaron con un auto-reporte al que llamaron la "Lista de Actividades Diarias", dicha lista contiene reactivos que denotan conductas de la vida cotidiana tales como recreación y trabajo. El propósito particular para la construcción de la Lista de Actividades Diarias fué registrar cambios conductuales en un grupo de pacientes que recibían diariamente radioterapias, junto con los servicios de rehabilitación.

Este listado fué basado sobre la premisa que las actividades tienden a reflejar el estado funcional de los individuos, su habilidad para estar solos y su ser.

Numerosos estudios han incrementado una forma de "actividad" como una variable y la han relacionado con variables de personalidad tales como la fuerza del Ego. En muchas instancias, actividad fué definida como un motor activo. La lista de actividades diarias incluye actos más complejos que pueden incluir actividad motora como un componente. Por ejemplo, "entretenerse con otros en el hogar" puede contener procesos cognitivos y perceptuales, comunicación verbal, actividades sociales, actividad motora.

Las ventajas de ésta aproximación son: 1.- Un reporte de las actividades del día bien administrado reduce los problemas de una memoria inadecuada, 2.- Una actividad registrada, basada sobre los registros para un número de días, decrementa la probabilidad de los simples patrones de actividad sin registro que frecuentemente se olvidan.

También se utilizaron instrumentos de auto-reporte con el objeto de evaluar el nivel de ansiedad de los pacientes, dichos instrumentos fueron el Cuestionario Personal, que es una escala experimental creada por Stanfiel, Tompkins y Brown (1971), para el estudio de pacientes con cáncer, contiene 77 reactivos, algunos tienen alguna relación lógica, personal o de problemas sociales que pueden ser

asociados con el agravamiento, su enfermedad o su incapacidad. Algunos reactivos fueron tomados del Inventario de Problemas de minusválidos de los Drs. Wright y Remmers. Los reactivos contienen sentimientos de alimentación y aislamiento, auto-conciencia o vergüenza nerviosismo, aprehensión, sentimientos acerca del trabajo físico. Un alto registro en el cuestionario personal indica que el sujeto tiene reconocimiento relativamente fuerte o sentimientos persuasivos de de insatisfacción, desconfort, preocupación en su auto-recompensa o necesitan el reconocimiento de otros.

Trabajaron también con la Escala Humoral, que tiene 52 reactivos diseñados en una lista checable para registrar los sentimientos subjetivos humorales inmediatos, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, fatiga, etc. En esta Escala, cada paciente completa una serie de intervenciones semanales con una trabajadora social entrenada, quien garantiza la información acerca del modo de vida del paciente, su estado emocional y su historia pasada. La trabajadora social registra independientemente de dos maneras los datos, por un lado el Estatus Emocional corriente, aquí al paciente se le registra su tono emocional, como ve por fuera su vida pasada y presente. La trabajadora social considera factores tales como ansiedad, evidencia de conflictos emocionales y sentimientos acerca de participación en varias actividades diarias en la vida, tales como el trabajo. Por otro lado la trabajadora social evalúa el medio ambiente durante los años del desarrollo (del nacimiento a los 21 años), éste registro de una atención especial y prevee un índice cuantitativo de algunas de las influencias favorables o desfavorables en la historia del desarrollo de los pacientes.

Se trabajo durante cuatro semanas con la Lista de Actividades Diarias con 21 pacientes externos. Dicha lista como su nombre lo indica, fué administrada diariamente a cada participante. El Cuestionario Personal fué aplicado al comenzar y al terminar la Radioterapia. La Escala Humoral fué aplicada durante dos semanas. Los resultados que se obtuvieron fueron uniformes en mostrar una relación entre actividad y psicopatología en una perspectiva propia, en este estudio tuvo el propósito de poder ayudar en la discusión central entre actividad como coordinadora o meta directa conductual y actividad como movilidad.

Stanfiel, Tompkins y Brawn (1971), vieron que el mejor ajuste de los pacientes éstos tendían a ser más activos, que la hiperactividad es un foco de atención y que la pérdida de interés en actividades puede ser un síntoma de constelación o depresión. Una de las luchas más interesantes, en opinión de los autores mencionados con anterioridad, fué la relación entre registros de actividad y los registros de un temprano medio ambiental adecuado. Tanto la raíz de la personalidad y la psicopatología, están fundadas en la historia temprana del desarrollo y éste tiene concordancia con la teoría psicoanalítica, donde los patrones de actividad pueden tener arígenes similares.

Pueden ser interpretados "entre Líneas", como mecanismos comunes que controlan actividad y la tendencia de varias manifestaciones de ansiedad. Por otro lado, también encontraron que los pacientes modernos están mejor informados, son menos sumisos y más demandantes que sus predecesores; hacen preguntas y esperan respuestas inteligibles; se preocupan acerca de sus síntomas y quieren conocer lo relacionado con su cuidado, alternativas de tratamiento, efectos colaterales y recursos de rehabilitación.

Los autores anteriormente citados encontraron también que los pacientes que dan a conocer sus necesidades, pueden recibir un mejor soporte emocional que aquellos que se cierran. Los que son más pesimistas, apáticos e inconformes tienen una más corta sobrevivida. También nos emocionan que no sería realista el no admitir que los médicos algunas veces pueden sentir también tensión, frustración, ansiedad, depresión y angustia ante la pérdida de algún paciente, o al ver que no avanza eficazmente el tratamiento. Los médicos también necesitan controlar y clasificar su información, pues están sujetos a muchas tensiones.

Por otro lado el Psicólogo Richard H. Lucas (1974), de la Universidad de Houston en su Tesis Post-doctoral, también nos reporta su trabajo con paciente con cáncer. El trabajó con 270 sujetos con cáncer en la espina dorsal y su medida de evaluación también fué por medio de un listado, midiendo el contacto social de los pacientes, durante su estancia en el Hospital General de Houston. Definió contacto social como cualquier interacción que el paciente tiene y que no es orientada para su tratamiento. Su protocolo contiene dos códigos que pueden ser incluidos en ésta definición y son "conversación" y "estímulos sociales".

En su trabajo midió relaciones interpersonales del paciente con enfermeras, médicos, visitas, familia y otros pacientes. Los resultados obtenidos se analizan en dos áreas: La Topografía y el Contexto Social.

Los datos que comprenden la Topografía son: 1.- Registros del personal, rango de pacientes y rango de escenario. 2.- Número de contacto social sin escenario y pacientes con escenario. 3.- Desenvolvimiento del sujeto con otros sujetos. 4.- Iniciación de contacto social.

Los datos que comprende el contexto del contacto social son: 1.- Comparación del contacto social en actividades generales y un tratamiento moderado para escenarios y pacientes. 2.- Correlación entre el número de contactos sociales e iniciación de contactos sociales con el paciente con características de fácil, tardío, lento, deshabilitado y de diferentes edades. 3.- Iniciación de correlación entre pacientes el personal hospitalario y otras personas. Los pacientes que desarrollan un mejor contacto social, en general tuvieron un mejor pronóstico en términos de sobrevida.

IV CONCLUSIONES.

A través del presente trabajo se puede observar que hay técnicas psicoterapéuticas que pueden emplearse en el caso del paciente con cáncer y que aunadas a los métodos médicos ortodoxos le pueden ayudar al paciente a vivir su enfermedad, con una mejor calidad y dignidad de vida posible.

Es importante que se entienda que la respuesta emotiva del paciente no va a precipitar o a desencadenar el problema neoplásico, pero sí que la respuesta emotiva más bien actúa aumentando la angustia del paciente y disminuyendole su esperanza de vida. El principio básico de proponer aquí que se trabaje integralmente con el paciente brindándole ayuda médica y psicológica paralelamente, es el de tratar de curar al paciente y de que éste quede con dificultades funcionales y estructurales mínimas.

La desición de como elegir un tratamiento desde el punto de vista médico se determinan por la combinación de una serie de factores como son:

- Tipo de cáncer.
- Agresividad del tipo de cáncer.
- Pronóstico con respecto a la diseminación del cáncer.
- La tasa de cura y el procedimiento escogido.

También es importante que el médico considere al enfermo como un ser humano, no solo como un organismo y que tome por lo tanto en cuenta su personalidad, estructura familiar y su medio ambiente para poder ayudarlo; que el médico respete la esperanza de sobrevivida del paciente y que le explique que actualmente hay avances que le pueden ayudar en su lucha contra el cáncer.

En los médicos está el planear un programa para la completa rehabilitación del paciente, dicha planeación debería contemplar desde cómo se le diera el diagnóstico al paciente, hasta como todo el equipo interdisciplinario planeará su tratamiento, tomando en cuenta sus necesidades físicas, psicológicas y económicas, para que todo le fuera más satisfactorio.

Sería conveniente considerar que el paciente no enfrenta solo su problema, sino que también toda la familia lo enfrenta, por lo que no solo hay que diagnosticarlo del cáncer, sino también psicológicamente, para poder ayudarlo en el transcurso de su enfermedad o bien en su etapa terminal. Así mismo para diseñar el tratamiento psicológico del paciente y de su familia considerando dinámica familiar, para entender el rol que juega el paciente, el nivel temporal de la familia (si es conveniente) la adaptación del paciente, para entender cómo reacciona ante situaciones problemáticas al igual que su familia.

Diseñar el tratamiento psicológico que el médico tomará en cuenta el diagnóstico psicológico del paciente y de su familia, considerando la dinámica familiar para entender el rol que juega el paciente, el nivel temporal de la familia (si son una pareja de recién casados, si es una familia con hijos pequeños, si es una pareja con hijos adolescentes, si es un paciente solo, o si el paciente es viudo o anciano) observar la adaptación del paciente para entender como reacciona ante situaciones problema al igual que su familia.

Es de vital importancia el nivel de comunicación que el médico establezca con el paciente, ya que de ahí depende el entendimiento y desenvolvimiento del paciente a lo largo del proceso de su enfermedad no solo con el médico, sino con todo el equipo interdisciplinario que intervenga, así como con la misma familia. Pero sobre todo hay que dejar que el paciente saque sus conflictos, miedos y dudas para tratar de disminuirle la tensión.

A la Dra. Kübler-Ross le corresponde el reconocimiento de haber despertado el interés profesional para atender las demandas emocionales de este tipo de pacientes, que fueron por mucho tiempo negadas y desentendidas. Su trabajo es útil, pero limitado en gran parte debido a la ambigüedad y al trato subjetivo con que sus observaciones fueron efectuadas e interpretadas.

Kübler-Ross no hizo explícito el procedimiento que utilizó para determinar la etapa por la cual el paciente atravesaba, no presentó evidencias de que el mismo individuo pasara paulatinamente por las etapas de la secuencia descrita, por lo que persiste la interrogante de si un paciente puede saltar etapas en su proceso o tener regresiones en las etapas.

Tampoco consideró el tipo de personalidad del paciente, su nivel de desarrollo emocional, ni los diferentes factores críticos de la situación por la que atraviesa el paciente, como por ejemplo, la forma específica en que el tratamiento y los fármacos pudieran estar afectando su estado psicológico.

La Logoterapia desarrollada por Viktor Frankl concibe el dolor emocional como una angustia existencial o un sentimiento de vacío ante la pérdida del sentido de la propia vida. Al conducir al paciente a que viva un "aquí y ahora significativo" se pretende disminuir los sentimientos de vacío y aislamiento.

En este modelo, la angustia existencial se presenta como consecuencia de las dudas existenciales de la persona, sin embargo en el paciente con cáncer su angustia es debida su enfermedad y pronóstico por lo que está dispuesto a probar cualquier fórmula mágica que se le ofrezca; dado lo anterior, el éxito de la logoterapia se puede deber, en alguna medida, a una disminución de la angustia por medio de la sugestión y no necesariamente a la interpretación existencial que los pacientes hagan de su vida. La Logoterapia proporciona sin embargo los efectos terapéuticos que se dan cuando a una persona se le escucha, se le acompaña, se le permite la catarsis y se le valora.

Se puede observar que el modelo psicoanalítico ortodoxo resulta inaplicable a los pacientes terminales, cuyo tratamiento requiere de la introducción de nuevos parámetros de la técnica. Esto lo consideramos debido a que Greenson (1980), en un libro "Técnica y Práctica del Psicoanálisis", comenta que el psicoanálisis requiere del paciente motivación ya que "solo un paciente fuertemente motivado podrá laborar de todo corazón y con perseverancia en la situación psicoanalítica.

Los síntomas neuróticos o rasgos discordantes de carácter tienen que hacer sufrir al paciente lo bastante para que soporte los riesgos del tratamiento, psicoanalítico. La curiosidad y el deseo de entender han de completarse con la aflicción neurótica para que el paciente tenga una experiencia psicoanalítica algo profunda, tiene que estar dispuesto a soportar la pena de revelar sus experiencias íntimas cargadas de culpabilidad y angustia, tiene que estar dispuesto a gastar bastante tiempo y dinero, renunciar a las ventajas secundarias de su padecimiento y además no pensar en resultados rápidos ni temporales". Observamos que dicha motivación resulta difícil de lograr por el estado que atraviesa el paciente con cáncer de malestar debido a las consecuencias colaterales de las terapias (Quimioterapia,

Radioterapia o ambas) que se le administran. Sin embargo el mismo Greenson opina que "todas las formas de psicoterapia pueden ser válidas con tal que uno utilice cuidadosamente sus ventajas, limitaciones y efectos terapéuticos. En muchos casos, las modificaciones y desviaciones respecto del psicoanálisis pudieran ser necesarias para satisfacer las necesidades del paciente".

Sin embargo la Transferencia se puede utilizar como instrumento terapéutico fundamental, en lugar de la interpretación realizada para que surjan procesos inconcientes primitivos. Para reducir el dolor, se trata de facilitar en estado de fusión con el analista. En la Transferencia, el terapeuta representa a la figura de una madre benévola, consistente y empática, capaz de solucionar los conflictos que surgen por la ambivalencia; el terapeuta también lo puede acompañar en unas regresiones, facilitar y aguantar las descargas agresivas del paciente y servir como una figura que puede ser incorporada.

En la literatura referente a la Terapia Ocupacional, se observan escasos recursos para reducir el sufrimiento efectivo si se utiliza aisladamente y como único elemento terapéutico, pero constituye una herramienta de valor si se emplea dentro de un marco psicoterapéutico más completo y profundo.

En la literatura sobre Terapia de Grupo para pacientes con cáncer no se encontraron referencias específicas sobre el marco teórico y las técnicas utilizadas para tratar el grupo. Se menciona que el relacionarse con personas que comparten la misma enfermedad constituye a disminuir los sentimientos de soledad y abandono y que el grupo también funciona como un apoyo en el que se pueden discutir todas las preocupaciones comunes a los miembros de dicho grupo. Estas posibilidades son terapéuticas en sí mismas, pero se hace necesario profundizar en la investigación sobre la aplicación de diferentes modelos teóricos a grupos de pacientes con cáncer para poder definir cuales son las técnicas grupales más adecuadas, ya que esta opción terapéutica podría ser la óptima para la aplicación en el contexto de la salud pública en nuestro país, por la gran población que puede abordar.

Por otro lado en la literatura referente a Técnica Psiquiátricas, lo que nos estan reportando son la aplicación de dinámicas grupales, ya que no estan informando en realidad qué técnicas psiquiátricas aplicaron.

En la información correspondiente a la aplicación de Asistencia Conductual se observa que se puede medir actividad, relacionada con estados humorales y de salud, la principal ventaja que nos brinda es el registro de diferentes actividades de manera objetiva más que narrativa por parte de los pacientes y del personal hospitalario involucrado en el cuidado de dichos pacientes.

Para terminar mencionaremos las limitaciones del presente trabajo:

Que la mayoría de los artículos revisados, son de estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica. Por lo mismo el estudio se limita solo al análisis de siete diferentes enfoques, que se consideran como los más significativos o relevantes del tema, analizando publicaciones sobre pacientes adultos, excluyendo publicaciones sobre niños y adolescentes.

V. BIBLIOGRAFIA

Banson, C.B., "Psychological and emotional issues in cancer: the psychotherapeutic care of the cancer patient", Semin. Oncol, Dec 75;2(4):239-309.

Benson, H., The Mind /Body Effect, New York:Berkley Book, 1980

Cassileth, B.R., Zupkis, R.V., Sutton-Smith, K., March, V., "Information and participation preferences among cancer patients", Annals of International Medicine, 92:832-836, 1980

Cohen, M.M., Wellis, D.K., "Living in Limbo: Psychosocial Interventions in Families with a Cancer Patient", American Journal of Psychotherapy, 32, 4:561-571, 1978

Cunnick, W.R., Cromie, J.B., Wriht, B.P., "Emloing the cancer patient: A mutual Responsibility". Journal of Ocupational Medicine, 16, 12:775-780; 1974

Dansak, D.A., Cordes, R.S., "Cancer: denial or suppression?", International Journal Psychiatry Medicina, 9 (3-4) 252-262, 1978-79

Durkin, H., Concurrent Problems or Groups Therapy in Historical Context. Group Therapy 1974, An overview, New York: Stratton Intercontinental Medical Books Co., 1974

Fiore, N., "Fighting Cancer—One Patient's Perspective", The New England Journal of Medicine, Feb 8:284-289, 1979

Frankl, V.E., Psychotherapy and Existencialism, England: Penguin Books, Ltd., 1973

Greenson, R.R., "Técnica y Práctica del Psicoanálisis", Siglo XXI Editores, S.A.; México,

García, M.O., "Recciones psicológicas en pacientes mastectomizados por carcinoma mamario"; Tesis de Licenciatura, U.N.A.M., 1977

González-Rocha, A.M., "Actitudes Emocionales Ante el Diagnóstico del Cáncer". Tesis de Licenciatura, U.N.A.M., 1978

Grady, F.P., "A case study approach to the Kübler-Ross Theory of five Stages of Dying", Dissertation Abstracts International, University of Nother Coloradom 1976, 3579-3580 B

Granich, M., "Experimental Factors in death anxiety", PH.D, Theses, U of H, 1977

Hersen, M., Bellak, A., Behavioral Assesment. Pergamon Press., 1981

Holland, J., "Understanding the Cancer Patient", Cancer, Mar-Apr; 30(2):103-112, 1980

Jenkins, D., Zyzanski, S.J., "Dimensions of Bilief and Feeling Concerning three Diseases, Poliomeletis, Cancer, and Mental Illnes: A case Factor Analytic Study", Behavioral Science, 13, 372-381; 1968

Johnson, D.E., Samuels, M.L., Cancer of the Genitourinary Tract, New York: Raven Press., 1979

Kübler-Ross, E., On death and Dying, New York: Co.. 1975

Kübler-Ross Elizabeth., "On Death and Dying". The Mac Millan Company, New York, N.Y; Collier Mac Millan LTD., London, 1969

Kübler-Ross Elizabeth., Sobre la Muerte y los Moribundos", Ediciones Grijalbo, S.A., Barcelona, España; 1975

Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B., "Culture, Illnes and Care", Annals of International Medicine, 88:251-258; 1978

Lynch, H.T., Brodkey, F.D., Lynch, J., Maloney, K., Rankin, L., Kraft, C., Swartz, M., Westercamp, T., Guirgis, H., "Family Risk and Cancer Control", JAMA, Aug 9, Vol 236, No 6, 582-584, 1976

Mc Carthy, M.L., "Life issues and group psychoterapy with terminal cancer patients:", Dissertation Abstracts International, 3615-3616 B

Meisner, W.W., "Family Process and Pschosomatic Disease", International Journal Psychiatry in Medicine, Vol 5, No 4:411-430, 1974

Montaño-Cuadra, M.E., "Estudio Bibliográfico de algúnos factores Psicodinámicos presentes en el Cáncer", Tesis de Licenciatura, U.N.A.M., 1979

Moss, R.V., "The Cancer Syndrome", Grove Press, Inc.; New York, 1980

Oñate-Rivadeneira, M.C., "El manejo Psicoterapéutico del Paciente con Cáncer Terminal: Diversos Enfoques", Tesis de Licenciatura, U.I.A., 1984

Paulocek, F.P., Graham, J.B., "Precipitating Factors in Cancer of the Cervix", Presented at Annual Convention of American College of Surgeons, Atlantic City, 1959

Peteet, J.R., Madeiros, C., Slavin, L., Walsh-Burke, K., "Psychological Aspects of artificial feeding in cancer patients", Cancer, Mar-Apr; 5(2):138-140, 1981

Prado de Molina, M., "The confrontation with death", The American Journal of Psychoanalysis, 36, 261-266, 1976

Robles-Ledezma, B.A., "Características Psicológicas del Paciente con Cáncer Broncogénico", Tesis de Licenciatura, U.N.A.M., 1978

Thomas, C.B., Dusynski, K.R., "Closeness to Parents and the Family Constellation in a Prospective Study of Five Disease States: Suicide, Mental Illness; Malignant Tumor, Hypertension and Coronary Heart Disease", Hopkins Medicine Journal; May, 251-270, 1974

Timio, M., Clases Sociales y Enfermedad, México: Editorial Nueva Imagen, 1980

Trieger, N., Golfblatt, L., "The art of history taking", Journal Oral Surgeon; 35(2):118-124, 1978

Vachon, M.L., Freedman, K., Formo, A., Rogers, C., Lyall, W.A., "The Final illness in cancer", Cancer Medical Association Journal, Nov; 117, (10):1151-1177

Vachon, M., Lyall, W.A., "Applying Psychiatric Techniques to Patients With Cancer", Hospital & Community Psychiatry, 1976, 27, 582-584

Vragas-Tentori, E., "Aspectos Psicológicos de la Personalidad de la Mujer con Cáncer", Tesis de Maestría, U.N.A.M., 1963

Weisman,A.D., "On Dying and Denying,New York:Behavioral Publications, Inc.,1972

Weisman,A.D.,"Early Diagnosis of Vulnerability in Cancer Patients",The American Journal of the Medical Sciences,March-April,Vol 27:1146-1150,1981

Williams,P.A.,"A Productive History and Physical Examination in the Prevention and Early Detection of Cancer", Cancer,47:1146-1150.1981

Worden,W.J.,Sobel,H.J.,"Ego Strength and Psychosocial Adaptation to Cancer",Psychosomatic Medicine,Vol 40,No 8,Dec,585-591,1978

VI DEFINICIONES DE TERMINOS

Es conveniente precisar el significado de términos que fueron empleados con frecuencia:

CANCER: Proceso de transformación de células en la que participan el RNA y el DNA y que se reproducen desordenadamente formando una masa llamada Tumor que invade tejidos, la forma que adquiere dicha tumoración es de prolongaciones o patas, por lo que los médicos lo han denominado cáncer (por su forma de cangrejo).

ENFERMEDAD CRONICA: Es aquella enfermedad que el paciente desarrolla y con la que puede vivir durante un periodo de tiempo prolongado o indeterminado.

ENFERMEDAD TERMINAL: Es aquella enfermedad en la cual se espera una muerte inminente o cercana. La palabra terminal significa fin o que pone término a algo. Es la enfermedad en la que "ya no hay esperanza" o en la que "ya nada puede hacerse".

LEUCEMIA: Cáncer en la sangre.

LINFOMA: Cáncer de los Gánglios Linfáticos.

MELANOMA: Cáncer de la piel.

METASTASIS: Masa tumoral que se ha formado como consecuencia de células cancerosas que forman la tumoración primaria.

PSICOTERAPIA: Es el tratamiento, por métodos psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente, con objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, disminuir patrones de conducta perturbados y ayudar a su ajuste a problemas particulares, los cuales han trastornado su felicidad o adaptación (Wolberg, 1977, p.3).

QUIMIOTERAPIA: Terapia a base de sustancias químicas.

RADIOTERAPIA: Terapia a base de diferentes tipos de radiaciones.